

CERTIFICADO PARA LA ACREDITACIÓN DE PERSONAS CON DIABETES

HISTORIA CLÍNICA / PRESCRIPCIÓN MÉDICA / FICHA DE REGISTRO:

Año:	Trimestre Calendario:	Fecha:/...../.....		
Nombre y Apellido:				
Nº de Beneficiario:	Doc. de Identidad. Tipo:	Nro:		
Domicilio:	Tel:			
Localidad - Provincia:				
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Género:		
Diagnóstico:	DTM1 ☐	DTM2 ☐	GESTACIONAL ☐	OTROS ☐
Fecha diagnóstico DTM:	Edad al diagnóstico:	Observación:		
Comorbilidades:	HTA ☐	OBESIDAD ☐	DISLIPEMIA ☐	TABAQUISMO ☐
Fecha diagnóstico:				
Examen físico:	Peso:	Altura:	Circ. Abdominal:	IMC:
Fecha de realización:				

COMPLICACIONES (Completar sólo las respuestas afirmativas con fecha)

CARDIOVASCULARES	Fecha	RENALES	Fecha	OTRAS	Fecha
Hipert. Ventrículo Izq.		Insuficiencia renal crónica		Neuropatías	
Infarto Agudo Miocárdico		Nefropatía		Úlcera de pie	
Stent		Diálisis		Pie diabético	
Cirug. Revas. Miocárdica		TX Renal		Amputaciones	
Insuficiencia Cardíaca				Hipoglucemias	
Acc. Isquémico Transitorio					
ACV					
Vasculopatía Periférica					

CONTROLES	FECHA	VALOR	UNIDADES	OBSERVACIONES
Glucemia en ayunas				
HbA1C				
LDLc Colesterol asoc. a lipoproteína de baja				
Triglicéridos				
Microalbuminuria				
Creatinina sérica				
Clearence de Creatinina				
TA sistólica / TA diastólica				

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS	FECHA
Fondo de ojo: ☐ Sin RD* ☐ RDNP** ☐ RDP***	
*Sin retinopatía diabética **Retinopatía diabética no proliferativa ***Retinopatía diabética proliferativa	
Examen de pie: ☐ Realizado (S/N) ☐ Normal ☐ Alterado	

Firma del Beneficiario/a

Firma y Sello del Profesional Médico

MONODROGA		ORIGEN		DOSIS DIARIA	AÑO INICIO	PRESENTACIÓN/NOMBRE COMERCIAL	
Insulina	Corriente	Humana		U.I		Cartuchos por 3 ml	
						Lapiceras prellenadas x 3 ml	
Insulina	N.P.H.	Humana		U.I		Cartuchos por 3 ml	
						Lapiceras prellenadas x 3 ml	
Insulinas análogas -Acción prolongada				U.I		Cartuchos por 3 ml	
				U.I		Lapiceras prellenadas x 3 ml	
Insulinas análogas -Rápidas				U.I			
				U.I			
Hipogluc. Orales	Metformina			Mg			
	Pioglitazona			Mg			
	Gliclazida			Mg			
	Glimepiride			Mg			
	Vildagliptina			Mg			
	Sitagliptina			Mg			
Combinaciones				Mg			
Otros							
Glucagon							
Tiras reactivas				tiras			
				tiras			
Lancetas							
Glucometro							

OTROS TRATAMIENTOS

NOMBRE GENÉRICO DEL MEDICAMENTO	Unidades x toma	Tomas x día
Antihipertensivos		
Hipolipemiantes		
Antiagregantes		

FUNDAMENTACIÓN MÉDICA DEL USO DE LA MEDICACIÓN INDICADA:

.....

.....

ESTILO DE VIDA	¿Cumple tratamiento farmacológico?: Si / No
Automonitoreo: Si / No - Nº de veces por día / semana:	Educación diabetológica: Si / No
Actividad Física: Si / No	Plan de alimentación saludable: Si / No
En caso de fumador, dejó de fumar?: Si / No	¿Cumple indicaciones dietarias?: Si / No

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre y Apellido:..... Tel:

Especialidad:..... Mail:

Domicilio:..... Provincia:

La entrega corresponderá a (2) dos meses de medicamentos e insumos. Para ello el médico tratante deberá indicar en la receta: "RECETA VÁLIDA PARA DOS MESES DE TRATAMIENTO".

Firma del Beneficiario/a

Firma y Sello del Médico Tratante